

**ໂຄງການດ້ານສູຂະພາບຂອງແດກແລະການປ້ອງກັນໂຄນິການ (CDHP)
ໃບຮອງຂໍຈົດທະບຽນລວງໝາ**

ຄໍາແນະນຳໃຫ້ແນ່ໆແມ່ນຢູ່ຜ່ອນ

- ເຜື່ອຮັດໃຫ້ໄດ້ລັບການກວດສອງພາບໃນນີ້ ໂດຍບໍ່ໄດ້ແລ້ວຄ່າ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ແນ່ໆຂໍຄວາມຕ່າງໆທີ່ຕ້ອງການໃສ່ລົງໃນຝອນນີ້.
ອັນນທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານເວົ້າແນ່ໆຖືກປິດເປັນຄວາມລັບ. ນີ້ແມ່ນໂຄງການແບບອາລານັກ (ຕາມກົດໝາຍຮັ້ງ, ທົວໜ້າ 17, ວັດທະຍົກ ພາຍໃຕ California, ວັດທະຍົກ 6803 ແລະ 6832).
- ໄດ້ການຂອງປະກອບລົງແລະເຊັ່ນຊື່ໃນຝອນນີ້ ອາດຮັດໃຫ້ທ່ານຫຼືລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດສອງພາບອັນຄືບຖວນໃນວັນນີ້ ແລະ ອາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການກວດແອວ, ກວດສາຍຕາ, ກວດສອງພາບຈິດ, ແລະກວດສອງພາບທີ່ໄປອື່ນໆ ທີ່ບໍ່ຄືດຄ່າລຳ ລັບເດືອນນີ້ ແລະເດືອນຕໍ່ໄປ.

ຜູ້ປ່ວຍມີອາຍຸຕໍ່ກ່ອາ 19 ປີແມ່ນບໍ່ ແມ່ນ ບໍ່

ມີຈັກນີ້ຢູ່ໃນຂອບໃຈຂອງທ່ານ ? _____

ຂອບໃຈຂອງທ່ານສ້າງລາຍໄດ້ຫຼັງໝົດເຫັນໃດກ່ອນເສັ້ນຟລີ ?

\$ _____ ອາຍາໂດຍ ບໍ່ ອາຍາ

- ທ່ານຫຼືລູກຂອງທ່ານອາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄົນຄອງຂອງປະກັນພັຍສອງພາບສືບຕໍ່ປ່າຈາກປະກັນພັຍ Medi-Cal ຫຼື Healthy Families.
ຖ້າຫາວ່າທ່ານຕອບວ່າ ບໍ່ ຕໍ່ຄໍາຖານນີ້, ການຄົນຄອງຂອງປະກັນພັຍສອງພາບຂອງຜູ້ປ່ວຍອັນນີ້ ສອງພາບທີ່ໄປ, ແອວ, ສາຍຕາ ຈະຕື່ກົງຢັດເຊົ້າຊ
ວຍຕູ້ອັບຍາຍໃນສັ້ນເດືອນໜ້າ. ທ່ານຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກໂຄງການສອງພາບແດກແລະ ການປ້ອງກັນໂຄນິການ(CDHP)ນັ້ນ.

ວ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢາກຮ້ອງຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນພັຍສອງພາບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ Medi-Cal ຫຼື Healthy Families ຢ່າງ. ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປ່ວຍ

ຜູ້ປ່ວຍມີບັດຫັ້ງຢືນຮັບຜົນປົວໂຍດຈາກປະກັນພັຍສອງພາບຂອງຮັ້ງ California (BIC) ຫຼືຈາກບັດປະກັນພັຍສອງພາບ ຖໍາກຮອຊ້າສ ຢ່າບ? ມີ ບໍ່ມີ
ຖ້ານີ້, ເກີມໃນນາມບັດຫັ້ງຢືນນັ້ນແມ່ນຫຼັງແດ່ (ຖ້ານີ້) ? _____

ຊື່ຂອງຜູ້ປ່ວຍ – ນາມສະກຸນ

ຊື່

ຊື່ກາງ

ວັນເດືອນ (ເດືອນ/ວັນທີ/ປີ)	ແມດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ສິງ
---------------------------	--

ຖ້າຫາວ່າທ່ານເປັນຄົນອາດທີ່ຢ່າໄສ, ໃຫ້ໝາຍໃສ້ນີ້. ໃຫ້ເລື້ອງໄປຫາບ່ອນທີ່ໄວໃນວັກ 'ທີ່ຢ່ອງບ້ານ' ແລະໃຫ້ລູນທີ່ໃສ່ໃນວັກທີ່ບອກ 'ທີ່ຢ່່ຫາງໄປສະນີ'.

ທີ່ຢ່ອງບ້ານ	ຫ້ອງແຫຼວງເລັກທີ່	ຜົນງານ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິດ
-------------	------------------	--------	-----	----------

ປະຊາກອນອາໄສຢ່າງຮັດ (ເຄີຍທີ່) ໃດ

ທີ່ຢ່າງໄປສະນີ (ຖ້າວ່າແກ່ຕ່າງໆທີ່ຢ່ອງບ້ານ)	ຫ້ອງແຫຼວງເລັກທີ່	ຜົນງານ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິດ
---	------------------	--------	-----	----------

ເລັກສ້າງເກີນສັງຄົມ (ໃຊ້ໂຊ) (ຕາມຄວາມຍິ່ນຍັງ)	ຊື່ແມ່ນ – ນາມສະກຸນ	ຊື່
---	--------------------	-----

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ປ່ວຍລັບປຶກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ຊື່ຂອງຜູ້ປ່ວຍ/ຜູ້ປັກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືເຕັມຫຼັກວ່າມ ທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈຕາມລໍາຜັງຕົນເອງ – ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ
---	-----	--------

ເລັກໂທຂະໜາດທີ່ບໍານາ ()	ເລັກໂທຂະໜາດທີ່ບໍ່ມີຕາມ ()	ເລັກໂທຂະໜາດທີ່ມີຄາລອງ ()
----------------------------	-------------------------------	------------------------------

ທ່ານເວົ້າພາສາໃດຢູ່ບ້ານ? _____

ພາສາໃດທີ່ມີຄາລອງ

ການຢັ້ງຢືນ

ວ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການກວດສອງພາບຈາກໂຄງການສອງພາບແດກແລະການປ້ອງກັນໂຄນິການ (CHDP) ໃນນີ້ໄດ້. ວ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນ
ວ່າຕົນໄດ້ອ່ານແລະເອົ້າໃຈນີ້ໃນທຸກຢ່າງໃນຝອນນີ້. ວ້າພະເຈົ້າແຈ້ງໃຫ້ຮ້ອງວ່າຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ຂອງລົງຢັນຄວາມຈິງ, ທີ່ກົດຕ້ອງແລະຄືບຖວນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປ່ວຍ/ຜູ້ປັກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືເຕັມຫຼັກວ່າມ ທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈຕາມລໍາຜັງຕົນເອງ	ເປັນຍາດເນັ້ນອ່າງຖານໃດກັບຜູ້ປ່ວຍ	ວັນທີເດືອນນີ້
--	---------------------------------	---------------

ບໍ່ກໍ່ນີ້ຢືນໃຫ້ທີ່ຈະທົບທວນຜູ້ປ່ວຍທີ່ບໍ່ມີຂໍ້ມູນຂອງຕົນເອງໄດ້. ພະແນກການບໍລິການດ້ານສາຫະລະສາ ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບທີ່ຖືກຕ້ອງໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້, Department of Health Services,
P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320. ເອກສານອໍດສໍາເນົານີ້ຢືນວ່າຈຳຕັ້ງຖືກ ເປັນງົບໄວ້ໃນແມ່ນບໍ່ທີ່ກົດຕ້ອງສອງພາບຂອງລູກທ່ານຕ້ອງ.